

	ASLNO	COD.: 001/ASLNO/21/Rev.0
---	--------------	--------------------------

**REGOLAMENTO PER LA PRESCRIZIONE, PRENOTAZIONE, GESTIONE AGENDE E MONITORAGGIO
DEI TEMPI DI ATTESA DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI EROGATE IN REGIME
SSN**

REVISIONE

Rev.	DOCUMENTO DI RIFERIMENTO	MOTIVO	Data
000	Deliberazione del Direttore Generale n. 992 del 30 dicembre 2008	Aggiornamento Deliberazione del Direttore Generale n. 992 del 30 dicembre 2008	30/12/2008

REDATTO	VERIFICATO	APPROVATO
Dott.ssa Luisella Cendron Direttore s.c. SICG Anna Cristina CPSS- s.s.d. GoCSS Dott. Francesco Di Nardo Dirigente Medico s.c. DMPO Dott. Paolo Garavana Responsabile s.s.d. GADVT	Dott.ssa Daniela Sarasino - Responsabile s.s.d. GoCSS	Dott.ssa Elisabetta Alliata Direttore f.f. s.c. DMPO Dott. Mario Esposito Direttore s.c. DUN Direttore f.f. s.c. DAS Dott. Bartolomeo Ficili Direttore s.c. DAN
Data: 20/04/2021	Data: 27/04/2021	Data: 28/04/2021



**REGOLAMENTO PER LA PRESCRIZIONE, PRENOTAZIONE,
GESTIONE AGENDE E MONITORAGGIO DEI TEMPI DI
ATTESA DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE
AMBULATORIALI EROGATE IN REGIME SSN**

COD.:
001/ASLNO/21/Rev.0

Indice del documento

Premessa	pag	3
Art 1 Scopo	pag	3
Art 2 Campo di Applicazione	pag	3
Art 3 Glossario – acronimi e definizioni	pag	4
Art 4 La prescrizione delle Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali	pag	7
Art 4.1 Regole Prescrittive	pag	8
Art 4.1.1 Classe di priorità	pag	9
Art 4.1.2 Tipo di Accesso	pag	9
Art 4.1.3 Obbligo di indicazione del quesito diagnostico	pag	10
Art 4.1.4 Limiti di prescrivibilità	pag	10
Art 4.1.5 Il diritto all'esenzione	pag	11
Art 4.1.6 Validità delle ricette	pag	11
Art 5 La prenotazione delle prestazioni ambulatoriali	pag	12
Art 5.1 Accesso al Sistema – abilitazioni	pag	12
Art 5.2 Documentazione necessaria per la prenotazione	pag	12
Art 5.2.1 Libero accesso alla prenotazione (senza prescrizione)	pag	13
Art 6 Tempi di attesa e rispetto delle priorità	pag	13
Art 7 Modalità di prenotazione	pag	14
Art 7.1 Prenotazione attraverso sportelli CUP aziendali	pag	14
Art 7.2 Prenotazione attraverso i punti di erogazione divisionali/ambulatoriali	pag	15
Art 7.3 Prenotazione attraverso il Call Center del CUP Unico regionale	pag	15
Art 7.4 Prenotazione attraverso sito web, App e Totem	pag	15
Art 7.5 Revoca degli appuntamenti/spostamenti	pag	15
Art 7.6 Servizio di "recall"	pag	15
Art 8 Consuntivazione dell'Attività	pag	16
Art 9 Gestione delle agende di prenotazione	pag	16
Art 9.1 Responsabilità	pag	16
Art 9.2 Requisiti delle agende	pag	18
Art 9.3 Attivazione Ambulatorio specialistico/agenda di prenotazione	pag	19
Art 9.4 Modalità di scorrimento delle agende	pag	19
Art 9.5 Manutenzione delle agende	pag	19
Art 9.5.1 Variazione temporanea agenda	pag	19
Art 9.5.2 Variazione stabile di agenda	pag	20
Art 9.6 Sospensioni	pag	21
Art 9.6.1 Sospensione dell'attività di prenotazione	pag	21
Art 9.6.2 Sospensione dell'attività di erogazione	pag	22
Art 9.6.3 Chiusura definitiva	pag	23
Art 10 Monitoraggio dei tempi di attesa	pag	23
Art 10.1 Rilevazione mensile regionale	pag	23
Art 10.2 Monitoraggio ex-post	pag	23
Art 10.3 Monitoraggio ex-ante	pag	23
11 Lista di Distribuzione	pag	24
12 Riferimenti Normativi	pag	24
13 Allegati	pag	27



**REGOLAMENTO PER LA PRESCRIZIONE, PRENOTAZIONE,
GESTIONE AGENDE E MONITORAGGIO DEI TEMPI DI
ATTESA DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE
AMBULATORIALI EROGATE IN REGIME SSN**

COD.:
001/ASLNO/21/Rev.0

Premessa

L'offerta di prestazioni di specialistica ambulatoriale dell'ASL NO è composta dalle prestazioni erogate dagli ambulatori del Presidio Ospedaliero, dei Poliambulatori Distrettuali e dalle Case della Salute, al fine di garantire i Livelli Essenziali di Assistenza e rispondere ai bisogni di salute dell'Utenza.

La complessità dell'offerta, intesa come numerosità delle agende di prenotazione e delle prestazioni erogabili e la sua diffusione in diversi punti di erogazione, rende necessaria l'istituzione di un regolamento che dettando i processi e che coinvolga i diversi attori, mantenendo come obiettivi primari il buon governo dell'offerta, l'equità e la trasparenza.

Il regolamento è infatti destinato a tutti gli operatori coinvolti nel percorso ambulatoriale e le indicazioni in esso contenute sono da ritenersi obbligatorie.

Art. 1 Scopo del Regolamento

Il documento ha l'obiettivo di regolamentare, in maniera univoca ed aggiornata in recepimento delle disposizioni vigenti nazionali e regionali, le modalità di:

- prescrizione delle prestazioni a carico del SSR;
- prenotazione;
- gestione delle agende di prenotazione in ordine alla loro strutturazione e regolamentazione per quanto concerne le chiusure e le sospensioni di attività;
- monitoraggio dei tempi di attesa.

Il presente documento, operando in una rilettura delle modalità attuative già adottate, sostituisce i protocolli operative e le disposizioni precedentemente utilizzati.

Art. 2 Campo di applicazione del Regolamento

Il presente regolamento si applica:

- a tutti i percorsi che prevedono attività di prenotazione e successiva erogazione di prestazioni specialistiche previste dai LEA, prescritte dal Medico di Medicina Generale, Pediatra di libera scelta, Specialista Ospedaliero o Convenzionato, in regime di erogazione SSR. Non riguarda le prestazioni da erogarsi in regime Libero Professionale, per le quali si rimanda all'apposito regolamento vigente.
- a tutte le strutture ambulatoriali dell'ASL NO che erogano prestazioni specialistiche, al CUP aziendale, al Call Center e agli eventuali altri soggetti abilitati (per esempio Medicina di Associazione); include tutti i canali di prenotazione previsti dal Cup Unico Regionale (Sportello, Ambulatorio, Call Center, On-line, App, Totem).



**REGOLAMENTO PER LA PRESCRIZIONE, PRENOTAZIONE,
GESTIONE AGENDE E MONITORAGGIO DEI TEMPI DI
ATTESA DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE
AMBULATORIALI EROGATE IN REGIME SSN**

COD.:
001/ASLNO/21/Rev.0

Art. 3 Glossario – acronimi e definizioni

CUP	Centro Unico di Prenotazioni
ENI	Europeo Non Iscritto
LEA	Livelli Essenziali di Assistenza
DEC	Direttore dell'Esecuzione del Contratto
GTR	Gruppo Tecnico Regionale
ISI	Informazione Salute Immigrati
MMG	Medico di Medicina Generale
NRE	Numero di Ricetta Elettronico
NT	Non Ticket
PNGLA	Piano nazionale Governo Liste Attesa
PO	Presidio Ospedaliero
PLS	Pediatra di Libera Scelta
SAR	Sistema di Accoglienza Regionale
SAC	Sistema di Accoglienza Centrale
SIRPED	Sistema Informativo Regionale Prescrizione Elettronica e Dematerializzata
SSN	Servizio Sanitario Nazionale
SSR	Servizio Sanitario Regionale
STP	Straniero temporaneamente Presente
TS	Tessera Sanitaria

Agenda (di prenotazione)

Strumento informatizzato utilizzato per gestire il calendario di prenotazione delle prestazioni.

Si costruisce definendo la sede di erogazione e i soggetti eroganti, le prestazioni, gli orari, le durate, le tipologie di utenti e le eventuali limitazioni.

Si distinguono agende “pubbliche” ed “agende esclusive”.

Le agende “pubbliche” sono quelle che consentono la prenotazione attraverso tutti i canali di prenotazione; solitamente sono destinate alla prenotazione delle prestazioni di primo accesso (ma non solo) e tutti gli Utenti del sistema informatico addetti alla prenotazione possono accedervi.

Le agende “esclusive” richiedono, invece, l'abilitazione dell'operatore per potervi accedere, non sono prenotabili attraverso i canali Call Center, App e Totem. Si utilizzano solitamente per prestazioni di continuazione cure, approfondimento, controllo, follow up o altre casistiche particolari.

Attività ambulatoriale istituzionale

Si intende l'attività ambulatoriale che il personale medico esercita durante l'orario di lavoro, secondo quanto previsto dal CCNL o Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici Specialisti Ambulatoriali interni.

Call-Center

Servizio dedicato alle prenotazioni telefoniche.



**REGOLAMENTO PER LA PRESCRIZIONE, PRENOTAZIONE,
GESTIONE AGENDE E MONITORAGGIO DEI TEMPI DI
ATTESA DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE
AMBULATORIALI EROGATE IN REGIME SSN**

COD.:
001/ASLNO/21/Rev.0

CUP

Sistema centralizzato informatizzato di prenotazione delle prestazioni sanitarie, deputato a gestire l'intera offerta (SSN, regime convenzionato, intramoenia, ecc.) con efficienza, strutturando in modo organizzato l'attività delle unità eroganti per ciò che attiene l'erogazione delle prestazioni, interfacciandosi a questo scopo con le diverse procedure di gestione dell'erogazione, degli accessi e delle relative informazioni, supportando modalità di programmazione dell'offerta e comunicazione ai cittadini. Tale Sistema consente di facilitare l'accesso alle prestazioni sanitarie e di monitorare la domanda e l'offerta complessiva, attraverso idonei strumenti di analisi, che forniscano informazioni rilevanti ai fini del governo delle liste di attesa (PNGLA 2019-2021).

Impegnativa/ricetta medica SSN

Documento per la prescrizione di farmaci, prestazioni ambulatoriali e proposte di ricovero (c.d. ricetta "rossa"), utilizzato dalle figure abilitate.

Ricetta Dematerializzata

La ricetta dematerializzata, introdotta dal DM del 2 novembre 2011, prevede la completa informatizzazione dell'intero ciclo di vita della tradizionale ricetta medica cartacea del SSN, la cosiddetta "ricetta rossa".

Il processo di prescrizione ed erogazione della ricetta elettronica prevede l'interconnessione in tempo reale fra il SAC, i medici prescrittori sia convenzionati - come MMG, PLS e Specialisti Ambulatoriali Convenzionati - sia dipendenti come i medici specialisti ospedalieri, le guardie mediche - le farmacie presenti sul territorio; le strutture pubbliche e private dove si erogano le prestazioni di specialistica ambulatoriale.

Il sistema opera con l'attribuzione di un codice di identificazione univoco a livello nazionale NRE per ogni ricetta prescritta in modo corretto in ogni sua parte; i NRE vengono assegnati dal SAC, anche tramite i SAR. Al paziente viene consegnato da parte del Medico Prescrittore un promemoria cartaceo contenente i dati della ricetta.

Il recupero dei dati della prescrizione medica da parte di tali strutture erogatrici delle prestazioni è possibile tramite comunicazione al SAC, anche tramite i SAR, del NRE e del codice fiscale riportati sul promemoria.

Al momento della chiusura di una erogazione vengono comunicati al SAC, i dati economici, di eventuale compartecipazione alla spesa sanitaria (ticket).

L'interconnessione in tempo reale con il SAC può essere mediata da un SAR presente nelle regioni - tra le quali il Piemonte - che ne hanno richiesto l'utilizzo e che è stato riconosciuto conforme agli standard del SAC previsti dal DM 2 Novembre 2011.

Nell'ambito della Regione Piemonte non rientrano nel percorso di dematerializzazione:

- prestazioni ambulatoriali prescritte ed erogate durante episodi di Pronto Soccorso (Flusso C2);
- prestazioni ambulatoriali prescritte ed erogate durante episodi di ricovero (Flusso C4), comprese le prestazioni in pre e post-ricovero utilizzando percorsi/agende di prenotazioni interne. Sono considerate come pre-ricovero le prestazioni strettamente e direttamente correlate al ricovero programmato. Gli esami diagnostici post ricovero devono essere eseguiti entro 7 giorni dalla data di dimissione ed indicati sulla lettera di dimissione, mentre le visite ed eventuali prestazioni post-ricovero (visita, asportazione suture, medicazioni, rimozione drenaggi) devono essere eseguite entro 30 giorni dalla data di dimissione. Tali prestazioni devono essere erogate presso la stessa ASR di ricovero;



**REGOLAMENTO PER LA PRESCRIZIONE, PRENOTAZIONE,
GESTIONE AGENDE E MONITORAGGIO DEI TEMPI DI
ATTESA DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE
AMBULATORIALI EROGATE IN REGIME SSN**

COD.:
001/ASLNO/21/Rev.0

- Prestazioni ambulatoriali a pacchetto (ovvero le prestazioni con posizione ticket NT).
- Prestazioni erogate a pazienti stranieri temporaneamente presenti (STP)
- Prestazioni previste dall'Agenda di Gravidanza;

Nomenclatore Tariffario Nazionale

Consiste nell'elenco delle prestazioni sanitarie incluse nei LEA, con l'individuazione delle relative tariffe, che il SSN garantisce attraverso l'attività di soggetti erogatori pubblici (Aziende sanitarie e ospedaliere, Aziende ospedaliero-universitarie, Irccs pubblici), privati equiparati (Irccs privati, Ospedali classificati e "Presidi") e privati accreditati, con i quali le Regioni e le Aziende stipulano degli accordi o contratti.

Il nomenclatore nazionale attualmente in vigore è determinato Decreto del Ministero della Salute del 18 ottobre 2012.

Nomenclatore Tariffario Regionale

Consiste nell'elenco delle prestazioni sanitarie incluse nei LEA che il SSR garantisce attraverso l'attività di soggetti erogatori.

Il nomenclatore regionale attualmente in vigore è determinato dalla DRG n. 11 -6036 del 2 luglio 2013.

Catalogo Regionale delle Prestazioni Ambulatoriali

Il "Catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale" è il documento che identifica in modo puntuale le singole prestazioni erogabili, anche ai fini della gestione in dematerializzata della presa in carico e dell'erogazione della prestazione prescritte da parte dei servizi sanitari delle altre regioni. Attualmente è in vigore la versione aggiornata con la DD 871 - del 12.12.2019 - Aggiornamento del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale e di laboratorio.

Il nomenclatore regionale costituisce il riferimento per la definizione del Catalogo regionale per l'identificazione delle prestazioni; nei casi in cui le descrizioni delle prestazioni nel nomenclatore non identificano univocamente la prestazione sono previsti nel catalogo sdoppiamenti della stessa con relative sottocodifiche.

Alcune prestazioni presenti nel nomenclatore tariffario regionale possono essere erogate solo quale integrazione di altre prestazioni specificatamente identificate da codice nomenclatore. La caratteristica di queste prestazioni è tale per cui le stesse sono effettuate su base valutativa all'atto dell'erogazione della prestazione di riferimento. Da ciò ne consegue che non possono essere prescritte ma solo erogate.

Prestazione

Atto clinico-assistenziale, di natura diagnostica e/o terapeutica, erogato da professionisti/strutture sanitarie a favore di un paziente su prescrizione medica.

Si distinguono:

- prestazione prenotata: quando è prenotata direttamente dall' Utente presso il CUP, il Call Center o presso la struttura erogatrice, su agenda predefinita;

	REGOLAMENTO PER LA PRESCRIZIONE, PRENOTAZIONE, GESTIONE AGENDE E MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI EROGATE IN REGIME SSN	COD.: 001/ASLNO/21/Rev.0
---	---	-----------------------------

- prestazione aggiuntiva: quando è erogata contestualmente a visita o ad altra prestazione specialistica per approfondimento diagnostico o completamento terapeutico, in aggiunta a quelle richieste dal medico prescrittore e per la quale l'utente deve la relativa quota di partecipazione alla spesa sanitaria (ticket), se non è in possesso di esenzione.

Ticket o partecipazione alla spesa sanitaria

Rappresenta la quota di partecipazione alla spesa a carico dell'utente che coincide, per la Regione Piemonte, con la tariffa indicata nell'Allegato 1 alla D.G.R. n. 11-6036 del 2.07.2013; la quota massima di partecipazione alla spesa per ciascuna impegnativa è fissata in € 36.10.

Il provvedimento regionale del 29 luglio 2011, in attuazione della Legge n.111/2011, ha disposto per l'applicazione, in aggiunta al ticket già previsto dalla normativa vigente, di una quota fissa per ricetta, modulata in rapporto al valore economico della singola ricetta (il valore della singola ricetta è dato dalla somma della tariffa delle singole prestazioni).

Art 4. La prescrizione delle Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali

Per quanto riguarda le prestazioni erogabili in regime di SSR, la ricetta è sempre obbligatoria ed assume rilevanza come documento contabile, con efficacia probatoria ai fini del rimborso da parte del SSR medesimo.

La ricetta è un documento pubblico di natura certificativa, con implicazioni giuridiche civili e penali, economiche, medico legali e di responsabilità professionale.

La compilazione della ricetta è un atto medico: l'incompleta o non corretta compilazione o alterazioni apportate alla ricetta (es. indicazione classe d'urgenza) oltre che costituire violazione delle regole di sistema, possono configurare illecito amministrativo fino ad assumere rilevanza penale.

La prescrizione presuppone pertanto il rispetto della corretta modalità prescrittiva, tenendo presenti, oltre gli aspetti formali, anche i principi di appropriatezza, efficacia diagnostico terapeutica e il razionale utilizzo delle prestazioni sanitarie.

La prescrizione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogabili a carico del SSR deve avvenire con ricetta dematerializzata, con eccezione dei casi previsti (cfr. Art. 3 Glossario – acronimi e definizioni – ricetta dematerializzata).

Per quanto riguarda le prestazioni di specialistica ambulatoriale il medico continua a prescrivere sulle ricette cartacee rosse del SSN in caso di:

- Malfunzionamento del sistema informatico
- Visite domiciliari
- Richieste di ricovero ospedaliero.

La prescrizione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogabili a carico del SSR deve avvenire nell'ambito dell'attività istituzionale, escludendo qualsiasi utilizzo per attività libero



**REGOLAMENTO PER LA PRESCRIZIONE, PRENOTAZIONE,
GESTIONE AGENDE E MONITORAGGIO DEI TEMPI DI
ATTESA DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE
AMBULATORIALI EROGATE IN REGIME SSN**

COD.:
001/ASLNO/21/Rev.0

professionale e deve essere finalizzata all'erogazione delle visite o prestazioni necessarie per risolvere un quesito diagnostico legato ad uno stato patologico o sospetto tale.

Non richiedono prescrizione le prestazioni di screening e le vaccinazioni.

Non possono essere prescritte a carico del SSR:

- prestazioni che rientrano nell'interesse privato del cittadino: esami o visite per il rilascio o rinnovo patenti di guida, rilascio o rinnovo porto d'armi, esami per uso assicurativo, visite ed esami finalizzati all'accertamento dell'idoneità della pratica sportiva agonistica. In questi casi l'onere delle prestazioni è a totale carico del cittadino, indipendentemente dalla presenza di esenzioni ticket;
- prestazioni inerenti la richiesta di Tutela/Amministrazione di Sostegno
- controlli prescritti dal medico del Lavoro (a carico del Datore di Lavoro)
- esami non richiesti per valutare lo stato di salute o dubbi diagnostici (esami prematrimoniali, certificazioni a corredo della domanda di invalidità, etc.);
- prestazioni che precedono o sono correlate a prestazioni non previste nei LEA (es. visite ed esami preliminari alla chirurgia estetica);
- prestazioni richieste nell'espletamento, da parte dei medici specialisti operanti nelle strutture pubbliche o private accreditate, dell'esercizio della libera professione sia in regime intramoenia che extramoenia (art. 50 Legge Finanziaria 2004 e s.m.i.).

Il ciclo completo della ricetta dematerializzata prevede tre fasi:

1. Prescrizione
2. Presa in carico (inserimento in piattaforma CUP attraverso la prenotazione)
3. Erogazione

Art. 4.1 Regole Prescrittive

Le attuali regole regionali per la prescrizione e prenotazione della specialistica ambulatoriale e la diagnostica strumentale in regime di erogazione a carico del SSR prevedono come obbligatorio l'uso sistematico di:

- indicazione di prima visita/prestazione diagnostica o accessi successivi;
- quesito diagnostico;
- classi di priorità.

La prescrizione deve essere compilata in ogni sua parte ed in particolare deve comprendere:

- dati anagrafici del cittadino
- eventuali esenzioni dalla compartecipazione alla spesa sanitaria
- prestazione richiesta
- indicazione 1° o altro accesso
- classe di priorità
- quesito diagnostico
- campo note.

	REGOLAMENTO PER LA PRESCRIZIONE, PRENOTAZIONE, GESTIONE AGENDE E MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI EROGATE IN REGIME SSN	COD.: 001/ASLNO/21/Rev.0
---	---	-----------------------------

Il Campo note della ricetta dematerializzata può essere utile per indicare:

- Il distretto anatomico da studiare
- Orario o altra informazione necessaria per la corretta erogazione della prestazione
- Metodiche per alcune prestazioni di laboratorio
- Ciclo di prestazioni: poiché nella ricetta è da indicare il numero di cicli (ognuno composto dal numero di prestazioni/sedute previste dal catalogo regionale), nel campo note può essere indicato il numero di sedute suggerite in base alla casistica del paziente.

Art. 4.1.1 Classe di priorità

Il livello di priorità clinica deve essere individuato dal medico prescrittore, sulla base del quadro patologico, in accordo alle classi definite dalla legislazione regionale e nazionale, e riportati sulla prescrizione.

È dunque il medico, a seconda della presenza e dell'intensità dei sintomi, a stabilire l'arco di tempo entro il quale deve essere effettuata la visita o l'esame diagnostico.

La Classe di priorità è obbligatoria.

I termini di garanzia di ogni classe di priorità decorrono dalla data di prenotazione.

CLASSE	DEFINIZIONE	TEMPISTICA (*)	NOTE
U	urgente	entro 72 ore	
B	breve	entro 10 giorni	
D	differibile	entro 30 giorni per le visite, 60 giorni per le prestazioni diagnostiche	
P	programmabile	entro 180 giorni fino al 31/12/2019 entro 120 giorni dal 01/01/2020	Sono incluse le prestazioni programmate di approfondimento, controllo, follow up, PDTA

(*) PNGLA 2019 -2021

Ai sensi della DGR n. 2-2481 del 29.11.2011 per le prestazioni di R.R.F. (Recupero e Rieducazione Funzionale) è previsto:

- Prima visita RRF RIABILITATIVA Post acuti : erogazione entro 7 gg.
- Prima visita RRF RIABILITATIVA stabilizzati : erogazione entro 30 gg.
- Inizio trattamento riabilitativo disabilità 2 : entro 10 gg.
- Inizio trattamento riabilitativo disabilità 3 : entro 90 gg.
- Inizio trattamento riabilitativo disabilità 4 : entro 15 gg.
- Inizio trattamento riabilitativo disabilità 5 : entro 120 gg.

Art. 4.1.2 Tipo di Accesso

Il prescrittore deve indicare se la prestazione da eseguire riguarda:

- **Primo accesso:** (prima visita o primo esame strumentale necessario per formulare la diagnosi, visita o prestazione di approfondimento erogati da specialista diverso dal primo osservatore e, nel caso di un paziente cronico, la visita o l'esame strumentale, necessari in seguito ad un peggioramento del quadro clinico)

	REGOLAMENTO PER LA PRESCRIZIONE, PRENOTAZIONE, GESTIONE AGENDE E MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI EROGATE IN REGIME SSN	COD.: 001/ASLNO/21/Rev.0
---	---	-----------------------------

- **Accesso successivo:** (visita o prestazione di approfondimento, per pazienti presi in carico dal primo specialista, controllo, follow up). I percorsi di presa in carico specifici per patologia sono riconducibili essenzialmente agli ambiti della cronicità e del follow-up e possono essere esaminati attraverso PDTA per valutare il fabbisogno di prestazioni ambulatoriali.

La nota regionale prot. n° 7136 del 21/3/17 prevede che *“la visita di controllo richiesta entro l'anno dalla prima visita può essere effettuata dal paziente in qualunque struttura questi ritenga, anche in quelle in cui il paziente si rechi per la prima volta”*.

La citata nota precisa, inoltre, che il termine temporale dei dodici mesi nell'arco dei quali può essere richiesta la visita di controllo, non si applica per i pazienti affetti da patologia cronica o inseriti in protocolli di follow-up disciplinati da PDTA vigenti e formalizzati sul territorio regionale. Le visite di controllo per questi pazienti possono essere richieste (ed erogate) nei tempi previsti dal PDTA di riferimento che il medico prescrittore deve indicare nelle note della prestazione.

I controlli periodici ed i follow-up, sia di breve sia di lungo periodo, vengono prescritti dallo specialista quando da questi ritenuti necessari e sono da programmare attraverso la prenotazione. Gli specialisti operanti all'interno delle strutture pubbliche prescrivono direttamente (DPR 314/90 art. 24 comma 5, ACN per la Medicina generale del 20/01/2005 art. 51 comma 5) le prestazioni ritenute necessarie al completamento dell'iter diagnostico a ciascun paziente inviato dal curante, utilizzando il sistema aziendale previsto per l'emissione della ricetta dematerializzata senza richiedere alcun ulteriore intervento da parte del medico curante.

Art. 4.1.3 Obbligo di indicazioni del quesito diagnostico

L'indicazione del quesito diagnostico descrive il problema di salute che motiva la richiesta da parte del medico di effettuare prestazioni e deve essere riferita all'insieme di prestazioni che confluiscono sulla stessa ricetta.

Vige l'obbligo di indicare chiaramente il quesito diagnostico su tutte le prescrizioni, per qualsiasi tipo di accesso e classe di priorità.

Per l'individuazione del quesito diagnostico il Disciplinare Tecnico inerenti al “Progetto Tessera Sanitaria Web Services per la trasmissione elettronica delle prescrizione mediche dematerializzate” definisce:

Nome campo	Descrizione
codDiagnosi	Codice della diagnosi o del sospetto diagnostico secondo la codifica ICD9-CM
descrDiagnosi	Descrizione della diagnosi o del sospetto diagnostico in campo libero

Quanto alle modalità di compilazione di questi campi per le ricette specialistiche si precisa che:

- Ciascuno dei due campi può essere compilato in alternativa all'altro, oppure possono essere compilati entrambi
- Per tutte le prescrizioni specialistiche la compilazione del campo è obbligatoria.

Art. 4.1.4 Limiti di prescrivibilità

Una ricetta può contenere solo prestazioni della stessa branca specialistica (Legge n.742 del 23/12/1994-art. 2, e s.m.i.).



**REGOLAMENTO PER LA PRESCRIZIONE, PRENOTAZIONE,
GESTIONE AGENDE E MONITORAGGIO DEI TEMPI DI
ATTESA DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE
AMBULATORIALI EROGATE IN REGIME SSN**

COD.:
001/ASLNO/21/Rev.0

Ogni ricetta può contenere fino ad un massimo di 8 prestazioni della medesima branca. Unica eccezione è rappresentata dalle prestazioni di Medicina Fisica e Riabilitazione in quanto, con DGR n.73-13176 del 26/07/2004 e s.m.i., è stato stabilito che per singola ricetta possono essere prescritte al massimo tre tipologie di prestazioni e per un massimo di 12 sedute ciascuna.

Nella stessa prescrizione non possono essere presenti prestazioni erogabili in regime di esenzione ticket con altre non esenti e dovranno essere emesse impegnative distinte.

Lo stesso vale nei casi in cui il paziente sia titolare di più esenzioni per patologia e sia necessario prescrivere prestazioni per entrambe: dovranno essere compilate due ricette distinte, ciascuna con il proprio specifico codice di esenzione.

Art 4.1.5 Il diritto all'esenzione

Per avere diritto all'esenzione dal pagamento del ticket, la ricetta deve riportare il codice corrispondente alla condizione che dà diritto all'esenzione (per motivi di status e reddito, per patologia, malattia rara, invalidità, ecc).

Se la prestazione erogata è prescritta in una ricetta che non riporta alcun codice di esenzione e quindi il relativo ticket viene pagato, non sarà possibile successivamente richiedere il rimborso del ticket pagato in quanto il documento/ricetta che non riporta il codice esenzione non può essere modificato.

All'atto della prescrizione di prestazioni di specialistica ambulatoriale, il medico prescrittore, su richiesta dell'assistito, verifica il suo diritto all'esenzione per reddito attraverso i dati resi disponibili dall'Agenzia delle Entrate tramite il Sistema Tessera Sanitaria e riporta il codice sulla ricetta.

L'elenco delle malattie croniche esenti dalla partecipazione al costo delle prestazioni è stato ridefinito e aggiornato dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri sui nuovi Lea del 12 gennaio 2017.

Il nuovo elenco delle malattie o condizioni esenti e delle relative prestazioni alle quali si ha diritto si trova nell'allegato 8 al DPCM. I pazienti possono usufruire in esenzione delle prestazioni specialistiche già previste del precedente Nomenclatore (allegato 8BIS).

Per la maggior parte delle malattie vengono individuate una serie di specifiche prestazioni fruibili in esenzione (pacchetto prestazionale), incluse nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale, che rispondono ai criteri di appropriatezza ai fini del monitoraggio dell'evoluzione della malattia e delle sue complicanze e di efficacia per la prevenzione degli ulteriori aggravamenti.

Il medico sceglierà tra queste quali prescrivere nel rispetto dei criteri di appropriatezza e di efficacia, in relazione alle condizioni cliniche e alle esigenze assistenziali del singolo paziente.

Per alcune particolari malattie e condizioni le prestazioni non sono identificate puntualmente perché le necessità assistenziali dei soggetti affetti sono estese e variabili. In questi casi, a garanzia di una migliore tutela del paziente e di una maggiore flessibilità assistenziale, il prescrittore le individuerà di volta in volta, sempre secondo criteri di appropriatezza ed efficacia, in relazione alle necessità cliniche.

Art 4.1.6 Validità delle ricette

Nella Regione Piemonte, da 1 gennaio 2019, le ricette mediche per la prescrizione di prestazioni specialistiche ambulatoriali hanno validità di 180 giorni a partire dalla data di compilazione. La data di prenotazione deve ricadere all'interno del periodo di validità, mentre, naturalmente, la data di erogazione può anche essere successiva.



**REGOLAMENTO PER LA PRESCRIZIONE, PRENOTAZIONE,
GESTIONE AGENDE E MONITORAGGIO DEI TEMPI DI
ATTESA DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE
AMBULATORIALI EROGATE IN REGIME SSN**

COD.:
001/ASLNO/21/Rev.0

Art. 5 La prenotazione delle prestazioni ambulatoriali

Le prenotazioni delle prestazioni ambulatoriali dell'ASL NO sono gestite attraverso la piattaforma del CUP Unico Regionale del Piemonte, realizzato per far convergere ed integrare l'intera offerta degli erogatori pubblici e privati accreditati della Regione, semplificando l'accesso alle prestazioni e facilitando il monitoraggio.

Gli indirizzi operativi per la compilazione delle agende di prenotazione e delle policy di visibilità ed accessibilità alle informazioni sono definiti dal Gruppo Tecnico Regionale costituito con la DD n. 504 del 26 luglio 2018 e condivisi con la Direzione Sanità della Regione Piemonte, in conformità con le vigenti normative.

Non transitano dalla piattaforma del CUP Unico regionale le prestazioni dei Dipartimenti di Salute Mentale, della Neuropsichiatria Infantile e dei SERD, per le cui attività sono attivi specifici applicativi regionali (SISMAS, SMILE, HDH).

Inoltre, nell'ASL NO, la registrazione delle prestazioni di Anatomia Patologica, Laboratorio Analisi e Dialisi (non soggette a prenotazione) si effettua tramite applicativo separato da quello del CUP Unico (WINSAP, TRAK, GEPADIAL).

Art. 5.1 Accesso al Sistema – abilitazioni

Il sistema gestisce le informazioni in conformità alla normativa sulla privacy (GDPR - Regolamento UE n. 679/2016, ad oggetto: "Regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali" e d. Lgs. 30 giugno 2003 n. 196, ad oggetto: "Codice in materia di protezione dei dati personali", novellato dal Decreto Legislativo 10 agosto 2018, n. 101).

Sono previsti meccanismi di profilatura degli operatori al fine di poter definire attraverso funzionalità di configurazione ruoli, funzioni e visibilità per i singoli operatori, sulla base dei seguenti fattori:

- attività applicative (ad esempio Gestione Agende) e relative sottoattività e/o tipo di operazioni permesse (ad esempio definizione di un'agenda, generazione di un'agenda, etc) traducibili in oggetti (voci di menù, maschere, pulsanti implementati all'interno di una maschera, ...);
- visibilità aree dati in base alla struttura gerarchica dell'organizzazione "multaziendale", attraverso l'associazione agli "uffici"

Il sistema prevede la memorizzazione delle operazioni effettuate (identificativo dell'operatore, tipo, data e ora della transazione) sulle informazioni contenute nel data base.

Art. 5.2 Documentazione necessaria per la prenotazione

All'atto della prenotazione il cittadino, regolarmente iscritto al SSR, deve essere in possesso del promemoria della ricetta dematerializzata rilasciato dal MMG/PLS o dallo Specialista. Deve avere inoltre a disposizione la tessera sanitaria (TEAM).

I pazienti STP ed ENI devono essere in possesso della ricetta rossa SSN. Devono inoltre avere a disposizione il documento di iscrizione al Centro ISI (attestato STP/ENI),

In nessun caso gli Operatori possono o devono modificare alcun dato riportato sull'impegnativa la cui compilazione è di esclusiva competenza del Medico Prescrittore.



**REGOLAMENTO PER LA PRESCRIZIONE, PRENOTAZIONE,
GESTIONE AGENDE E MONITORAGGIO DEI TEMPI DI
ATTESA DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE
AMBULATORIALI EROGATE IN REGIME SSN**

COD.:
001/ASLNO/21/Rev.0

È consentito procedere ad una prenotazione con declassamento rispetto a quanto indicato dal Medico che ha redatto l'impegnativa **solo nel caso in cui l'Utente non accetti la data proposta entro i tempi standard previsti per la classe di priorità assegnata**, cioè che **rinunci volontariamente** alla garanzia dei tempi, in favore di una data, una sede o un professionista di propria preferenza.

L'applicativo informatico, anche in questo caso, come per tutte le prenotazioni, acquisisce e registra l'informazione circa il fatto che la prestazione sia/non sia stata prenotata "in garanzia", memorizzando sempre la data del primo appuntamento utile offerto all'Utente, anche qualora questo non venga accettato.

Il possesso dell'impegnativa da parte dell'utente è condizione indispensabile per l'accesso alla prenotazione delle prestazioni e il personale addetto alle prenotazioni non può procedere in mancanza della prescrizione, fatte salve le eccezioni previste dalla normativa vigente (cfr Art.5.2.1).

Art. 5.2.1 Libero accesso alla prenotazione (senza prescrizione)

Per le sole strutture pubbliche tutti gli assistiti possono accedere direttamente al sistema di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali (art. 16 c. 3 DPR 271 del 28/07/2008, Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici Specialisti Ambulatoriali Interni), senza prescrizione medica, limitatamente alla sola prima visita, per le seguenti branche specialistiche: Odontoiatria – Pediatria (per gli assistiti non in carico a Pediatra di Libera Scelta) – Psichiatria – Neuropsichiatria – Oculistica (solo per optometriche prescrizioni lenti) – Ginecologia.

Nei casi in cui la prenotazione è consentita senza impegnativa la richiesta viene assimilata e quindi inserita nella lista di attesa di classe D.

Il libero accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali non esonera l'utente al pagamento del ticket, se dovuto, fatte salve eventuali esenzioni.

E' previsto il libero accesso anche presso:

- Centri per le malattie sessualmente trasmesse e presso i Consultori
- Centri di salute mentale
- Servizi di patologia delle dipendenze.

Art. 6 Tempi di Attesa e rispetto delle priorità

I tempi d'attesa per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali sono regolati dalla normativa nazionale e regionale vigente.

Come stabilito dalla DGR 17-4817 del 27.3.2017, gli ambiti identificati sono:

- Distrettuale per le prestazioni a bassa e media complessità
- Aziendale (a livello di Presidio Ospedaliero per le prestazioni di media e alta complessità)
- Sovraziendale o regionale per prestazioni ad alta e altissima specialità nella logica di rete e/o hub&spoke
- Sovra regionale per le prestazioni ad alta complessità, non erogate in ambito piemontese (es. adroterapia).

La garanzia decade qualora l'assistito scelga liberamente di prenotare la prestazione presso una struttura specifica (ospedale e/o ambulatorio) rinunciando alla prima disponibilità offerta in ambito

	REGOLAMENTO PER LA PRESCRIZIONE, PRENOTAZIONE, GESTIONE AGENDE E MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI EROGATE IN REGIME SSN	COD.: 001/ASLNO/21/Rev.0
---	---	-----------------------------

di garanzia e nel rispetto dei tempi massimi stabiliti e l'applicativo memorizza l'informazione circa il rispetto della garanzia dei tempi di attesa.

Il rispetto delle classi di priorità può non essere garantito quando il paziente si presenta alla prenotazione dopo i termini previsti secondo le modalità di cui alla nota regionale protocollo n. 7136 del 21.03.2017:

- Ricette con priorità B: se presentate per la prenotazione oltre il termine di 10 giorni dalla data del rilascio (ad eccezione dei casi previsti, es. visita fisiatrice 7 gg.), perde la priorità e viene prenotata come prestazione priorità D (30 giorni per visite specialistiche e 60 giorni per esami strumentali);
- Ricette con priorità D: se presentate per la prenotazione oltre il termine di 30 giorni dalla data del rilascio, perde la priorità D e viene prenotata come priorità P.

Art. 7 Modalità di prenotazione

Art. 7.1 Prenotazione attraverso sportelli CUP aziendali

Agli Operatori addetti al front-office compete:

- la prenotazione della maggior parte delle prestazioni ambulatoriali, secondo le modalità previste dall'applicativo.
- la registrazione delle informazioni a sistema nel rispetto delle regole di compilazione previste dal manuale "Flusso Informativo specialistica ambulatoriale ed altre prestazioni" - tracciato C dell'Assessorato Tutela della Salute e Sanità nota prot. N. 10621/DA2009 del 28/12/2007 e s.m.i.
- la completezza e correttezza dell'inserimento delle informazioni della ricetta su cui il MEF effettua verifiche puntuali.

L'Operatore inserisce i dati del paziente e della prescrizione e comunica al paziente la prima disponibilità della prestazione, individuata dal sistema sulla base della classe di priorità assegnata, della tipologia di accesso e dal bacino di garanzia relativo alla prestazione stessa; è facoltà dell'utente richiedere l'effettuazione della prestazione in una data e in una sede di propria scelta, anche eventualmente rinunciando al rispetto dei tempi massimi previsti per la classe di priorità assegnatagli.

Per alcune prestazioni sono previste indicazioni particolari per gli Operatori che effettuano la prenotazione, che sono comunicate dal sistema mediante messaggistica di pop up al momento dell'attivazione della ricerca dell'appuntamento ("note operatore").

Dopo aver completato la prenotazione l'Operatore stampa il promemoria della prenotazione e lo consegna all'Utente.

Per alcuni esami per i quali è prevista una preparazione, questa deve essere consegnata al Paziente unitamente al promemoria.

Il promemoria può eventualmente riportare "note paziente", cioè comunicazioni di varia natura finalizzate all'esecuzione dell'esame (per esempio come raggiungere l'ambulatorio, quale documentazione portare, ecc).

	REGOLAMENTO PER LA PRESCRIZIONE, PRENOTAZIONE, GESTIONE AGENDE E MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI EROGATE IN REGIME SSN	COD.: 001/ASLNO/21/Rev.0
---	---	-----------------------------

Art. 7.2 Prenotazione attraverso i punti di erogazione divisionali/ambulatoriali

Presso le sedi ospedaliere e territoriali di erogazione delle prestazioni sono attivi punti di prenotazione periferici a carico delle strutture stesse, per specifiche prestazioni.

I punti svolgono uno o più dei seguenti compiti:

- Prenotare direttamente le prestazioni ambulatoriali anche di primo accesso erogate dai rispettivi ambulatori
- Prenotare direttamente le prestazioni di continuazione cure, approfondimento, controllo, follow up specifiche per la propria disciplina
- Stampare quotidianamente i piani di lavoro dei propri ambulatori
- Validazione dei dati della propria attività eseguita.

Art. 7.3 Prenotazione attraverso il Call Center del CUP Unico Regionale

La prenotazione delle prestazioni ambulatoriali presenti su agende “pubbliche” può essere effettuata telefonicamente attraverso il Call Center. Gli Operatori del Call center effettuano le prenotazioni secondo le modalità e le regole già esplicitate per gli Operatori di sportello.

Art 7.4 Prenotazione attraverso sito web, App e Totem

Il Cittadino può effettuare autonomamente, solo se in possesso di prescrizione dematerializzata, la prenotazione per le prestazioni disponibili sulle “agende pubbliche”, utilizzando questi canali.

Art 7.5 Revoca degli appuntamenti/spostamenti

La revoca o lo spostamento degli appuntamenti può essere effettuata attraverso tutti i canali di prenotazione prevista per la prenotazione con l’eccezione degli spostamenti degli appuntamenti su agende “riservate” che è consentito solo alle strutture abilitate anche alla prenotazione sulle stesse.

L’utente che non ha intenzione di presentarsi all’appuntamento fissato deve disdire la prenotazione entro i 2 giorni lavorativi precedenti l’appuntamento (all.1 alla D.G.R. n. 14- 10073 del 28/07/2003), al fine di permettere all’Azienda di recuperare il posto e renderlo disponibile. Gli operatori sono comunque tenuti a disdire la prestazione anche nel caso di disdette tardive.

L’Utente che non si presenti ovvero che non preannunci l’impossibilità di fruire la prestazione prenotata è tenuto, ove non esente, al pagamento della quota di partecipazione al costo della prestazione.

Art 7.6 Servizio di “recall”

È attivo un servizio automatico di “recall” degli appuntamenti, che ricorda al paziente la prenotazione e che gli consente eventualmente di procedere alla disdetta dello stesso. Le regole di funzionamento del sistema (n. di tentativi da effettuare, orario, anticipo delle chiamate rispetto alla data dell’appuntamento) sono stabilite a livello Regionale. È facoltà delle Aziende stabilire quali tipologie di prestazioni devono essere oggetto del servizio: per l’ASL NO vengono ricontattati tutti gli appuntamenti per qualsiasi tipo di prestazione presente sulle agende cosiddette “pubbliche” per prenotazioni SSR.

	REGOLAMENTO PER LA PRESCRIZIONE, PRENOTAZIONE, GESTIONE AGENDE E MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI EROGATE IN REGIME SSN	COD.: 001/ASLNO/21/Rev.0
---	---	-----------------------------

Art. 8 Consuntivazione dell'attività

Il personale degli ambulatori che provvedono direttamente alla validazione dei dati:

- Raccoglie la documentazione relativa a ciascun utente dell'ambulatorio (impegnativa, ricevuta di pagamento ticket di tutte le prestazioni erogate)
- Completa e valida l'avvenuta esecuzione delle "prestazioni prenotate" sul sistema centrale, in modo da verificare la completezza e la corrispondenza delle stesse alla documentazione cartacea;
- Registra e valida l'avvenuta esecuzione delle "prestazioni aggiuntive" sul sistema centrale
- Stampa il piano di lavoro cartaceo l'elenco dei pazienti - per i quali risulta registrato l'accesso e le prestazioni erogate - quale documento attestante l'attività effettivamente erogata presso l'ambulatorio;
- Allega al piano di lavoro la documentazione di ciascun utente presente in elenco (impegnativa, foglio di lavoro, ricevuta di pagamento ticket di tutte le prestazioni erogate, autocertificazioni).

Gli ambulatori che non provvedono direttamente alla validazione dei dati di attività devono trasmettere quotidianamente la documentazione cartacea:

- Ambulatori ospedalieri: alla Direzione Medica del Presidio,
- Ambulatori territoriali: al personale amministrativo individuato presso ogni sede.

Le attività di registrazione e validazione devono essere inderogabilmente completate entro le ore 24 del giorno di erogazione della prestazione, anche nel caso di "prestazioni aggiuntive", non prenotate.

Art. 9 Gestione delle agende di prenotazione

L'unità elementare per la gestione dell'offerta è rappresentata dall'agenda di prenotazione che è lo strumento operativo del CUP. L'intera offerta di prestazioni di ciascuna Azienda viene definita esclusivamente tramite la costruzione delle agende informatizzate, in funzione dei diversi regimi di erogazione.

Non è consentito l'utilizzo di agende cartacee.

Pertanto, per ogni struttura erogante, è necessario definire la capacità produttiva in termini di ore di servizio e di calendari di erogazione, in modo da permetterne la funzione di governo.

Art. 9.1 Responsabilità

Il Direttore Generale dell'ASL NO ha costituito un "Gruppo di Lavoro Aziendale per il governo dei tempi di attesa e per l'avvio, la realizzazione e la gestione del progetto CUP Unico Regionale". Di seguito si dettagliano le funzioni dei componenti in relazione alla gestione delle agende di prenotazione.

	REGOLAMENTO PER LA PRESCRIZIONE, PRENOTAZIONE, GESTIONE AGENDE E MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI EROGATE IN REGIME SSN	COD.: 001/ASLNO/21/Rev.0
---	---	-----------------------------

Direttore Operativo CUP

Il Direttore operativo CUP, figura prevista dalla D.G.R. n. 44-7225 del 13/07/2018, è responsabile dell'implementazione del sistema CUP unico regionale presso l'ASL e referente dell'ASL per il Gruppo Tecnico Regionale (GTR) e il Direttore Esecutivo del Contratto (DEC).

Al Direttore operativo sono assegnati i seguenti compiti:

- coordinamento, direzione, governo e controllo del progetto CUP unico all'interno dell'Azienda
- coordinamento del gruppo aziendale multispecialistico individuato per l'avvio e successiva gestione del sistema CUP unico regionale

Responsabile Gestione Funzioni Amministrative Decentrate a Valenza Territoriale

Organizza, gestisce e coordina le attività amministrative degli Sportelli Cup dell'ASL NO garantendo il regolare ed omogeneo funzionamento dei servizi di front office, in particolare:

- gestisce e organizza il personale amministrativo aziendale addetto al CUP;
- divulga al personale CUP regole e indicazioni nazionali/regionali/aziendali in materia di tempi di attesa e di specialistica ambulatoriale, verificandone la corretta applicazione;
- verifica la congruità dei servizi esternalizzati di front office (call center) con particolare riferimento alla corretta attuazione dei Contratti in essere.

Responsabile Tempi di Attesa Ospedaliero e Territoriale

Dirigenti medici rispettivamente della DMPO e del Territorio, che svolgono i seguenti compiti:

- interpreta norme e disposizioni in modo da assicurare omogenea applicazione;
- autorizza l'istituzione di nuovi ambulatori e delle relative prestazioni erogate;
- supervisiona il rispetto della tempistica dei flussi informativi;
- supervisiona l'applicazione delle normative in materia di tempi di attesa e di specialistica ambulatoriale.

Operatore di Governo con funzioni di supporto al Gruppo di Lavoro Aziendale per la gestione del CUP Unico

Componente del GTR per il CUP Unico, collabora con il Direttore Operativo dell'ASL NO nella gestione operativa del CUP sia a livello aziendale che extra aziendale e delle variazioni delle informazioni che si rendono necessarie nel tempo:

- individuazione - e comunicazione - delle soluzioni da adottare, sulla base delle indicazioni fornite, agli Operatori;
- sorveglianza sulla rilevazione dei tempi di attesa secondo le modalità previste a livello Nazionale, Regionale e Locale;
- attività statistica (raccolta, elaborazione, valutazione di qualità dei dati).

Operatore di Governo

Gestisce a livello centrale tutte le impostazioni del sistema applicativo necessarie per:



**REGOLAMENTO PER LA PRESCRIZIONE, PRENOTAZIONE,
GESTIONE AGENDE E MONITORAGGIO DEI TEMPI DI
ATTESA DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE
AMBULATORIALI EROGATE IN REGIME SSN**

COD.:
001/ASLNO/21/Rev.0

- gestione di archivi centrali riferiti all'ASL NO risorse, strutture, ecc;
- creazione e le modifiche delle agende di prenotazione (ambulatorio, prestazioni erogabili e prenotabili, giorni e fasce orarie di disponibilità, durata delle prestazioni, raggruppamenti di prestazioni, note operatore, indicazioni da fornire al paziente);
- visibilità delle agende e all'operatività sulle stesse per gli utenti del sistema abilitati.

Supporta i Gestori Locali Agende.

Raccoglie i problemi operativi incontrati dagli operatori relativi all'utilizzo dell'applicativo e collabora per la loro analisi e soluzione.

Collabora alla formazione degli Operatori.

Operatore di Governo afferente alla SICG:

- supporta gli Operatori di Governo nella gestione archivi centrali delle procedure CUP operativa
- supporta i gestori delle agende, gli operatori di sportello e gli operatori degli ambulatori prenotanti per i problemi di tipo informatico (difficoltà di connessione, congestionamento della rete, ecc...)
- provvede ad effettuare le procedure informatiche necessarie all'invio dei dati di attività specialistica ambulatoriale (flussi)
- collabora alla fase di addestramento/formazione del personale

Gestore Locale Agende

Per ciascuna sede viene identificato un referente locale che:

- gestisce i rapporti "quotidiani" con gli specialisti che erogano le prestazioni ambulatoriali e ne raccoglie le eventuali segnalazioni;
- opera, seguendo le procedure autorizzative previste dal presente regolamento, le modifiche delle agende di prenotazione limitatamente alla generazione del calendario, aperture/chiusure delle fasce di prenotazione e degli eventuali conseguenti spostamenti degli appuntamenti già in essere.
- monitora le eventuali saturazioni delle agende;
- garantisce la continuità della generazione periodica dei calendari di prenotazione.

Art. 9.2 Requisiti delle agende

La gestione efficiente delle agende richiede:

- la definizione della struttura gerarchica: sede (STS) - erogatore (definisce la specialità per la sede) - unità (MUP)
- la classificazione dell'agenda es. tipologia (pubblica-riservata, accesso diretto-in prenotazione, disciplina) per il calcolo dell'offerta e dei tempi di attesa;
- i dati di chi eroga la prestazione e di quando viene erogata, e precisamente:
 - la struttura (equipe, medico, ecc.)
 - l'ubicazione dell'ambulatorio
- gli orari di servizio/disponibilità della fascia



**REGOLAMENTO PER LA PRESCRIZIONE, PRENOTAZIONE,
GESTIONE AGENDE E MONITORAGGIO DEI TEMPI DI
ATTESA DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE
AMBULATORIALI EROGATE IN REGIME SSN**

COD.:
001/ASLNO/21/Rev.0

- le differenti tipologie di accesso:
 - agenda prenotabile da operatori CUP (di sportello o di call center)
 - agenda prenotabile direttamente dagli ambulatori/punti di accettazione
- eventuali agende per le prestazioni pre e post ricovero
- la separazione e quantificazione delle prestazioni di primo o altro accesso (accertamenti diagnostici successivi alla prima visita, protocolli di cura)
- l'applicazione dei criteri di priorità per l'accesso alla prestazione. Ciascuna agenda è ripartita in classi di priorità, in ognuna delle quali sono distribuiti i posti complessivamente disponibili, secondo percentuali stabilite a priori e modificabili secondo l'andamento della domanda.

Le agende specialistiche delle strutture ospedaliere devono garantire slot di prenotazioni standard, possibilmente non soggetti a sospensioni; sulla base della programmazione mensile delle risorse sanitarie disponibili delle singole strutture è possibile aggiungere ulteriori slot estemporanei di prenotazione.

Art. 9.3 Attivazione Ambulatorio Specialistico/agenda di prenotazione

L'attivazione di una nuova attività ambulatoriale prevede la creazione di una specifica agenda.

L'attivazione di un ambulatorio avviene su proposta scritta e motivata del Direttore di Struttura, sentito il Direttore di Dipartimento, o su proposta dello specialista convenzionato interno operante presso i Distretti ("Modulo richiesta apertura nuovo ambulatorio/agenda" – cod. 024/Mod/21):

- per le strutture ospedaliere: previa autorizzazione del Direttore Medico del PO o suo delegato
- per le strutture distrettuali: previa autorizzazione del Direttore del Distretto, o suo delegato.

Ne segue l'invio al Gestore di Governo delle Agende per il proseguo delle procedure.

Art. 9.4 Modalità di scorrimento delle agende

La prenotazione delle agende avviene secondo il criterio di scorrimento temporale senza soluzione di continuità. All'utente deve poter essere prospettata almeno una data prenotabile. Non sono ammesse le liste chiuse; la visibilità delle agende deve essere almeno di 365 giorni (salvo casi espressamente autorizzati dalla Direzione Aziendale). Per le agende di presa in carico, ancorché non sature, nel caso in cui la visibilità temporale sia inferiore a quella necessaria per la programmazione dei controlli, il Responsabile della unità erogante chiede il prolungamento del periodo di validità dell'agenda e di modulazione dell'attività ambulatoriale.

Art. 9.5 Manutenzione agende

Art. 9.5.1 Variazione temporanea agenda

Si intende apertura/chiusura/spostamento di una o più sedute o l'apertura di sedute aggiuntive rispetto al programmato.

La variazione può avvenire per motivi non programmabili o programmabili.

Le chiusure delle sedute non programmabili sono causate da eventi imprevisti ed eccezionali quali:



**REGOLAMENTO PER LA PRESCRIZIONE, PRENOTAZIONE,
GESTIONE AGENDE E MONITORAGGIO DEI TEMPI DI
ATTESA DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE
AMBULATORIALI EROGATE IN REGIME SSN**

COD.:
001/ASLNO/21/Rev.0

- Assenza improvvisa del medico (malattia, infortuni e impedimenti non prevedibili) e impossibilità di reperire un sostituto nella giornata o nei giorni seguenti;
- Rotture improvvise di attrezzature.

Nel caso di chiusure non programmabili occorre intraprendere contatti diretti con la Direzione di Presidio/Distretto; in questi casi, nell'immediato il personale dell'Ambulatorio avviserà direttamente i pazienti già eventualmente presenti presso l'ambulatorio e contatterà telefonicamente quelli successivi comunicando loro che la seduta è stata sospesa e che saranno ricontattati per un nuovo appuntamento, secondo le procedure organizzative della Struttura.

Rientrano tra le sospensioni programmabili quelle dovute all'assenza del medico per congedo ordinario, straordinario o aggiornamento e alle manutenzioni ordinarie delle attrezzature.

Il Responsabile è tenuto comunque a verificare la presenza di prenotazioni nel periodo di interesse prima di autorizzare permessi e congedi.

La sospensione dell'attività di erogazione deve essere un atto formale non di iniziativa del singolo erogatore o del singolo professionista.

In caso di apertura/chiusura/spostamento di una o più sedute il Direttore di Struttura o lo Specialista Ambulatoriale Convenzionato deve effettuare comunicazione attraverso la compilazione del "Modulo richiesta chiusura/variazione temporanea agenda" – cod. 025/Mod/21, al Direttore della Direzione di Presidio/Distretto per la necessaria autorizzazione; ne segue l'invio al Gestore Locale delle Agende per il proseguo delle procedure.

In caso di richiesta di attivazione di sedute aggiuntive il Direttore di Struttura o lo Specialista Ambulatoriale Convenzionato deve effettuare comunicazione attraverso la compilazione del "Modulo apertura sedute aggiuntive – cod. 026/Mod/21, al Direttore della Direzione di Presidio/Distretto per la necessaria autorizzazione; ne segue l'invio al Gestore di Governo delle Agende per il proseguo delle procedure.

Art. 9.5.2 Variazione stabile di agenda

In accordo con il principio che le agende vengano organizzate su base annua, le variazioni stabili dell'attività vanno previste, di norma, nell'anno precedente per l'anno successivo, con le seguenti modalità:

- Il Direttore della Struttura/Specialista provvede a inviare domanda compilando il "Modulo variazione stabile agenda" – cod. 027/Mod/21 - alla Direzione Medica o al Distretto con allegata relazione motivata.
- Il Direttore della Direzione Medica/Distretto provvedono a valutare e autorizzare la "variazione stabile agenda" e successivamente a trasmetterla al Gestore di Governo Agende per le modifiche.
- Il Gestore di Governo Agende si attiva per rendere operativa la variazione stabile agenda.

Le agende non devono subire variazioni in corso d'anno, fatta eccezione per i seguenti motivi:

- importanti variazioni organizzative subentranti nella struttura,



**REGOLAMENTO PER LA PRESCRIZIONE, PRENOTAZIONE,
GESTIONE AGENDE E MONITORAGGIO DEI TEMPI DI
ATTESA DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE
AMBULATORIALI EROGATE IN REGIME SSN**

COD.:
001/ASLNO/21/Rev.0

- adeguamento del mix e del numero di prestazioni offerte per il rientro nei tempi di attesa standard.

Le modifiche sostanziali che impattano sull'organizzazione esistente e che quindi possono generare un alto numero di pazienti da spostare, dovranno essere effettuate dal primo giorno disponibile in agenda, ovvero dalla prima data in agenda in cui non risultano essere presenti pazienti prenotati) previa verifica.

Art. 9.6 Sospensioni

Art. 9.6.1 Sospensione dell'attività di prenotazione

L' Azienda deve programmare le attività tenendo conto dei momenti di interruzione e della loro durata in modo da non sospendere l'attività di prenotazione (ex DPCM 29.11.2001), tranne che per situazioni impreviste da ricondursi a cause di forza maggiore.

Si ricorda che, ai sensi del comma 282, dell'art. 1 della Legge 23 dicembre 2005 n. 266 (Finanziaria 2006) è vietato sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni; a tal proposito è prevista da parte della Regione un'attività sistematica di vigilanza sul rispetto di tale divieto.

Gli indirizzi operativi della DD 101 del 24.04.2007 prevedono che linea di principio si deve considerare l'interruzione delle attività di prenotazione quale situazione realizzabile solo in casi eccezionali, tenuto conto dei seguenti principi di riferimento:

- gli eventi che impediscono la prenotazione delle prestazioni sono imprevedibili relativamente al momento in cui avvengono, ma sono prevedibili come situazione potenziale;
- l'interruzione della possibilità di erogazione non implica necessariamente l'interruzione delle prenotazioni;
- le attività di prenotazione non possono mai essere sospese adducendo a motivo l'eccessiva lunghezza della lista e dei tempi di attesa;
- le sospensioni delle prenotazioni si possono verificare solo se non si conosce la data di ripristino dell' attività di erogazione della prestazione.

Nel caso in cui esistano i presupposti per procedere alla sospensione dell'attività di prenotazione per un'agenda l'Azienda potrà procedere **solo previo consenso regionale** da parte dell'Assessorato, e nel rispetto della seguente procedura:

1. il Responsabile Medico dell'ambulatorio avvisa il Direttore Medico o il Direttore di Distretto e compila la domanda di "Modulo richiesta chiusura/variazione temporanea agenda" – cod. 025/Mod/21;
2. il Direttore Medico del P.O./ Distretto, valutato il caso e accertata l'impossibilità di evitare la sospensione della prenotazione, approva la sospensione e informa il Direttore Sanitario, provvedendo alla compilazione del "Modulo comunicazione di sospensione di erogazione/prenotazione" – cod. 028/Mod/21 precisando che si tratta di sospensione di prenotazione;
3. il Direttore Medico del P.O./Distretto, previo nulla osta del Direttore Sanitario, invia, entro 2 giorni lavorativi, tramite e-mail pec, il modulo di sospensione compilato all'Assessorato Tutela della Salute e Sanità;
4. l'Assessorato "si esprime entro 2 giorni lavorativi attraverso fax o via email"

	REGOLAMENTO PER LA PRESCRIZIONE, PRENOTAZIONE, GESTIONE AGENDE E MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI EROGATE IN REGIME SSN	COD.: 001/ASLNO/21/Rev.0
---	---	-----------------------------

5. il Direttore Medico del P.O./Direttore di Distretto, ricevuta l'autorizzazione regionale, provvede ad autorizzare formalmente la chiusura e archiviare la risposta;
6. il Direttore Medico del P.O./Distretto appena in grado di definire una data di riapertura delle prenotazioni/erogazione provvede a comunicarla, per mail, al Direttore Sanitario, e contemporaneamente all'Assessorato Tutela della Salute e Sanità, quest'ultimo via pec.

La procedura non deve essere applicata nei casi in cui la prestazione sia garantita in almeno una sede aziendale da altro/i specialisti.

Art. 9.6.2 Sospensione dell'attività di erogazione

La sospensione delle attività di erogazione è una condizione da prendere in considerazione soltanto se legata a motivi tecnici, in casi eccezionali, in considerazione dei seguenti principi di riferimento:

- l'interruzione dell'erogazione non motivata costituisce un'interruzione di servizio di pubblica necessità
- l'interruzione dell'erogazione può avvenire solo per gravi e giustificati motivi e con idonee procedure.

Fermo restando che l'Azienda sanitaria, di concerto con la struttura interessata, deve individuare soluzioni per superare la contingenza tecnica e garantire la continuità dei servizi, occorrerà attenersi alle seguenti indicazioni:

1. il Responsabile Medico dell'ambulatorio avvisa il Direttore Medico del P.O./Distretto e compila il modulo la domanda di "Modulo chiusura/variazione temporanea agenda" – cod. 025/Mod/21
7. il Direttore Medico del P.O./Distretto, valutato il caso e accertata l'impossibilità di evitare la sospensione dell'erogazione, approva la sospensione e informa il Direttore Sanitario, provvedendo alla compilazione del "Modulo comunicazione di sospensione di erogazione/prenotazione" – cod. 028/Mod/21 precisando che si tratta di sospensione di erogazione;
2. il Direttore Medico del P.O./Distretto, previo nulla osta del Direttore Sanitario, invia, entro 2 giorni lavorativi, tramite pec, il modulo di sospensione compilato all'Assessorato Tutela della Salute e Sanità.

La procedura non deve essere applicata:

- **nei casi in cui la prestazione sia garantita da un solo specialista per le sospensioni dovute a malattia, ferie e permesso in attuazione degli istituti contrattuali**
- **per interruzioni inferiori a 5 giorni lavorativi**

Per garantire il recupero delle prestazioni previste e non erogate nei tempi programmati potranno prevedere sedute aggiuntive o sostitutive, verificata la disponibilità dell'erogatore interessato, nonché delle risorse umane e strutturali di supporto.



**REGOLAMENTO PER LA PRESCRIZIONE, PRENOTAZIONE,
GESTIONE AGENDE E MONITORAGGIO DEI TEMPI DI
ATTESA DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE
AMBULATORIALI EROGATE IN REGIME SSN**

COD.:
001/ASLNO/21/Rev.0

Art. 9.6.2 Chiusura definitiva

La cessazione di un ambulatorio avviene per scelte gestionali aziendali o su approvazione di un'istanza da parte dello specialista (es. cessazione di rapporto di lavoro). La proposta scritta di chiusura di un ambulatorio deve essere presentata dalla Struttura erogante al Direttore del Distretto o al Direttore di Presidio.

Il Direttore di Presidio/Distretto verifica se l'art. 8.6.2 del presente Regolamento prevede, per l'evento specifico, la richiesta del consenso regionale e se necessario procede con quanto disposto. In ogni caso, informa la Direzione Sanitaria della chiusura.

Art. 10 Monitoraggio dei tempi di attesa

Art. 10.1 Rilevazione mensile regionale

Mensilmente, le Aziende trasmettono alla Direzione Regionale Controllo delle attività sanitarie i dati relativi alle prestazioni direttamente monitorate dalla Regione. Le prestazioni oggetto di monitoraggio regionale, per le quali è stato fissato uno standard di riferimento (30 giorni per le visite, 60 giorni per le prestazioni, per la classe di priorità D), sono classificate per tipologia e per disciplina specialistica secondo le previsioni del nomenclatore tariffario.

Nel giorno indice, all'inizio della giornata lavorativa, riguardo a ciascun punto di erogazione delle prestazioni, vengono effettuate le rilevazioni con riguardo al primo posto libero. Il tempo di attesa consiste nell'intervallo temporale intercorrente tra il giorno indice ed il primo giorno utile di effettuazione della prestazione. Nel conteggio devono essere considerati i giorni effettivi (di calendario) intercorrenti tra queste due date. Nel caso in cui in un singolo punto di erogazione la prestazione sia resa da più specialisti, il tempo di attesa da rilevare sarà il primo tempo utile per l'effettuazione della stessa e tale tempo concorrerà al calcolo della media distrettuale.

Art. 10.2 Monitoraggio ex-post

Il Monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, in modalità ex post, viene effettuato attraverso il flusso informativo ex art. 50 della legge 326/2003 che, nell'aggiornamento del comma 5 del decreto del Ministero dell'Economia e Finanze del 18 marzo 2008, è stato implementato delle informazioni necessarie al suddetto Monitoraggio. I dati raccolti sono relativi alle prestazioni monitorate erogate presso le strutture pubbliche e private accreditate indicate nei Programmi Attuativi Aziendali e si effettua attraverso la trasmissione dei dati del flusso di specialistica ambulatoriale, da parte della Regione con cadenza mensile.

Art. 10.3 Monitoraggio ex-ante

Il Monitoraggio nazionale ex-ante dei tempi di attesa delle prestazioni specialistica ambulatoriali per l'attività istituzionale, si effettua sulle prestazioni previste dal PNGLA, nelle date individuate la Ministero della Salute e comunicate dalla Regione alle Aziende.



**REGOLAMENTO PER LA PRESCRIZIONE, PRENOTAZIONE,
GESTIONE AGENDE E MONITORAGGIO DEI TEMPI DI
ATTESA DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE
AMBULATORIALI EROGATE IN REGIME SSN**

COD.:
001/ASLNO/21/Rev.0

Sono tenute alla rilevazione tutte le strutture pubbliche e private accreditate che erogano prestazioni per conto e a carico del SSN indicate nei Programmi attuativi aziendali. Il Monitoraggio ex ante si effettua solo per le prestazioni in primo accesso, per le classi di priorità B e D.

Per ciascuna delle prestazioni monitorate di rilevano, per le richieste di classe B e D, il numero di prenotazioni, il numero di prenotazioni garantite nei tempi previsti dalla classe e la percentuale di garanzia.

Al pari delle altre ASL del Piemonte, l'ASL NO è individuata quale soggetto preposta al raccordo dell'attività di rilevazione presso tutti gli erogatori pubblici e privati accreditati presenti nel territorio aziendale, alla verifica e alla coerenza degli stessi, nonché all'invio al competente settore Regionale.

Art. 11 Lista di Distribuzione

- Direttore DMPO, Direttori di Distretto, Direttori di Dipartimento, Direttori di S.C., Direttori di S.S.D., Direttori S.S.
- CPSE/CPSI Coordinatori, Personale sanitario e amministrativo DMPO, Distretti, S.C., S.S.D., S.S.
- SC SICG
- Personale amministrativo SSD GADVT
- Specialisti ospedalieri e ambulatoriali ASL NO
- MMG/PLS ASL NO

Art. 13 Riferimenti Normativi

- DD 871 del 12.12.2019 - Aggiornamento del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale e di laboratorio. Revoca e sostituzione degli allegati A e B della DD 186 del 13.03.2019. Istituzione di controllo bloccanti ex-ante nel SAR.
- DGR n. 110 – 9017 del 16 maggio 2019
- Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa 2019 – 2021
- DD 186-A1413B del 13.03.2019 - Aggiornamento del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale e di laboratorio. Revoca e sostituzione degli allegati A e B della DD 192 del 23.03.2018.
- DD 504 del 26 luglio 2018 Direzione Sanità Piemonte – Costituzione del Gruppo Tecnico Regionale per l'avvio e la conformità del sistema unico di prenotazione delle prestazioni sanitarie di cui alla gara europea 65/2015.
- Determinazione Regionale 519 del 8.8.2017 - Prima identificazione dei criteri di garanzia per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e di laboratorio, nell'ambito del programma regionale per il governo dei Tempi di Attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per il triennio 2017-2019 a norma della DGR 17-4817 del 27.3.2017.
- Nota Regionale Direzione Sanità del 05.04.2017 - Invio copia DD n. 240 del 05.04.2017 inerente a "Aggiornamento del Catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale e di laboratorio: revoca e sostituzione degli allegati A e B della DD. 461 del 02.08.2017, così come rettificata con DD n. 446 del 15.09.2017"



**REGOLAMENTO PER LA PRESCRIZIONE, PRENOTAZIONE,
GESTIONE AGENDE E MONITORAGGIO DEI TEMPI DI
ATTESA DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE
AMBULATORIALI EROGATE IN REGIME SSN**

COD.:
001/ASLNO/21/Rev.0

- DGR 17-4817 del 27.3.2017 Programma regionale per il Governo dei tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per il triennio 2017-2019 – primi indirizzi alle ASR.
- Nota Regionale Direzione Sanità Piemonte del 21.03.2017 “Richiesta attivazione di interventi aziendali finalizzati alla corretta gestione del processo di dematerializzazione delle ricette di specialistica ambulatoriale e di laboratorio”
- Nota Regionale Direzione Sanità del 25.10.2016 “Processo di gestione delle ricette dematerializzate di specialistica ambulatoriale e di laboratorio: indicazioni tecniche per il monitoraggio attivo”
- Nota Regionale Direzione Sanità Piemonte n. 19013 del 16.09.2016
- Nota Regionale Direzione Sanità Piemonte n. 196948 del 05.08.2016 di invio DD n. 461 del 02.08.2016 “Approvazione del testo aggiornato del Catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale e di laboratorio, di cui alle DD n. n. 371 del 16.06.2015, n. 777 del 30.11.2015, n. 150 del 18.03.2016 e n. 179 del 01.04.2016 e n. 221 del 28.04.2016, in conformità con quanto disposto dalla DGR n. 35-3310 del 16.05.2016.
- Nota Regionale Direzione Sanità Piemonte n. 9476 del 29.04.2016 di invio DD n. 221 del 28.04.2016 “Approvazione del testo integrato del Catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale di cui alla DD n. 371 del 16.06.2015, n. 777 del 30.11.2015, n. 150 del 18.03.2016 e n. 179 del 01.04.2016”
- Nota Regionale Direzione Sanità Piemonte n. 6569 del 18.03.2016 di invio DD n. 150 del 18.03.2016 “Approvazione del nuovo aggiornamento del Catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale, con approvazione degli allegati 1 e 2, in sostituzione degli allegati A,B,C e D della DD n. 777 del 30.11.2015
- Nota Regionale Direzione Sanità Piemonte n. 23169 del 11.12.2015
- Nota Regionale Direzione Sanità Piemonte n. 23879 del 23.12.2015
- DD .777 del 30.11.2015 “Aggiornamento del Catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale di cui alla DD 371 del 16.06.2015”
- DGR 20-1086 del 23.2.2015 indicazioni alle ASL finalizzate alla realizzazione di infrastruttura di rete e all’utilizzo di idoneo applicativo in conformità al DM 21.2.2013.
- DGR 2-2481 del 29.7.2011 Approvazione Piano Regionale Liste di attesa.
- DRG n. 11 -6036 del 2 luglio 2013 - Recepimento ed aggiornamento del nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale di cui alla D.G.R n. 73-13176 del 26.07.2004 e s.m.i.
- DGR 28-2027 del 17.5.2011 – Recepimento del Piano Nazionale di Governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012.
- Ministero della Salute – Piano Nazionale per il contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2010-2012.
- DM Ministero della Salute del 18 ottobre 2012 - Remunerazione prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale.
- DGR n. 2-2481 del 29 luglio 2011 - Intesa, ai sensi dell'art. 8 - comma 6 - della L. 5 giugno 2003 n. 131, tra Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul Piano nazionale di governo delle liste d'attesa per il triennio 2010-2012, di cui all'art. 1, comma 280, della L. 23.12.2005 n. 266. - Approvazione Piano regionale. Indirizzi applicativi alle Aziende Sanitarie Regionali.



**REGOLAMENTO PER LA PRESCRIZIONE, PRENOTAZIONE,
GESTIONE AGENDE E MONITORAGGIO DEI TEMPI DI
ATTESA DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE
AMBULATORIALI EROGATE IN REGIME SSN**

COD.:
001/ASLNO/21/Rev.0

- DM 2 novembre 2011 -Ministero dell'Economia e delle Finanze - Dematerializzazione delle ricetta medica cartacea, di cui all'articolo 11, comma 16, del decreto -legge n. 78 del 2010 (Progetto tessera Sanitaria).
- Deliberazione della Giunta Regionale 29 luglio 2011, n. 11-2490 - Legge 15 luglio 2011 n. 111 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 6 luglio 2011, n. 98 recante disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria" - attuazione articolo 17, comma 6, in materia di compartecipazione alla spesa sanitaria.
- Legge 15 luglio 2011 n. 111 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 6 luglio 2011, n. 98 recante disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria"
- D.D. 375 del 10.7.2009 – Individuazione delle classi di priorità.
- DPCM 26 marzo 2008 “Attuazione dell'articolo 1, comma 810, lettera c), della legge 27 dicembre 2006, n. 296, in materia di regole tecniche e trasmissione dati di natura sanitaria, nell'ambito del Sistema pubblico di connettività.”
- DPR 271 del 28/07/2008 - ACN per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni
- DM Ministero dell'Economia e Finanze del 18 marzo 2008
- DD n. 43 del 04 febbraio 2008 - Ulteriori indirizzi operativi per l'attuazione della D.G.R. n. 37-5180 del 29.01.2007 in materia di liste d'attesa DD n. 101 del 24 aprile 2007 - Ulteriori indirizzi operativi per l'attuazione della D.G.R. n. 56-3322 del 29 gennaio 2007 sulle liste d'attesa
- Nota Regionale Direzione Sanità Piemonte n. 10621/DS2009 del 28/12/2007 e s.m.i “Flusso Informativo specialistica ambulatoriale ed altre prestazioni” - tracciato C
- DGR n.37-5180 del 29.1.2007
- Legge 23 dicembre 2005 n. 266
- Legge Finanziaria 2004
- Legge 326/2003
- DGR n. 14–10073 del 28 luglio 2003: “Linee guida per la gestione dell'accesso alle prestazioni programmabili in Regione Piemonte”.
- DPCM 16 aprile 2003: “Linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa”.
- DGR n. 49-6478 del 1 luglio 2002 "Linee guida e percorsi terapeutici per attività ambulatoriale di recupero e riabilitazione funzionale per pazienti stabilizzati secondo quanto stabilito dalle classi di disabilità".
- DPCM 16.04.2002 "Linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste di attesa.
- DGR 10 dicembre 2001, n. 55-4769 Prestazioni Ambulatoriali Determinazione degli standard per l'erogazione delle prestazioni, principi per la gestione delle liste di attesa e informazione all'utenza”.
- DPCM 29 novembre 2001: “Definizione dei livelli essenziali di assistenza”.
- Decreto Ministeriale - Ministero della Sanità - 21 maggio 2001, n. 296. Regolamento di aggiornamento del decreto ministeriale 28 maggio 1999, n. 329, recante norme di individuazione delle malattie croniche e invalidanti ai sensi dell'articolo 5, comma 1, lettera a) del decreto legislativo 29 aprile 1998 n. 124.
- D. Lgs. 124 del 29 aprile 1998 “Ridefinizione del sistema di partecipazione al costo delle



**REGOLAMENTO PER LA PRESCRIZIONE, PRENOTAZIONE,
GESTIONE AGENDE E MONITORAGGIO DEI TEMPI DI
ATTESA DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE
AMBULATORIALI EROGATE IN REGIME SSN**

COD.:
001/ASLNO/21/Rev.0

prestazioni sanitarie e del regime delle esenzioni”

- Legge 549 28 dicembre 1995: “Misure di razionalizzazione della finanza pubblica”.
- Legge 724 23 dicembre 1994: “Misure di razionalizzazione della finanza pubblica”.

13 Allegati

Tipologia	Codice allegato	Descrizione
Modello	024/Mod/21/Rev.n	Modulo richiesta apertura nuovo ambulatorio/agenda
Modello	025/Mod/21/Rev.n	Modulo richiesta chiusura/variazione temporanea di agenda
Modello	026/Mod/21/Rev.n	Modulo richiesta apertura sedute aggiuntive
Modello	027/Mod/21/Rev.n	Modulo richiesta variazione stabile di agenda
Modello	028/Mod/21/Rev.n	Modulo comunicazione di sospensione erogazione/prenotazione delle attività ambulatoriali